

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 130

DE LA
SIGNIFICATION DE L'HERPÈS

au cours
de la Pneumonie et de l'Infection pneumococcique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 juin 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JANE PERROT

Née le 13 décembre 1886, à Lyon (Rhône)



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE DE « LA LOIRE »

16, Place Marengo, 16

1914

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 130

DE LA
SIGNIFICATION DE L'HERPÈS

au cours

de la Pneumonie et de l'Infection pneumococcique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 juin 1914

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JANE PERROT

Née le 13 décembre 1886, à Lyon (Rhône)



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE DE « LA LOIRE »

16, Place Marengo, 16

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. COURMONT..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BÉRARD.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		LÉPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		LESIEUR.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		Etienne MARTIN.
		COURMONT (J.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale.....	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND, ag.	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARGET,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.	—
Clinique infantile.....	MOURIQUAND.	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARGET.	MOURIQUAND.	FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIÉRY.
LAROYENNE.	THÉVENOT (Léon).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, Président; NICOLAS, Assesseur; MOURIQUAND, ARLOING, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

HOMMAGE A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma vive affection
et de ma profonde reconnaissance.

A MA SOEUR

Témoignage de tendresse.

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553417_0056

A mon Président de thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEILL

Professeur de Clinique de Médecine infantile à la Faculté de Médecine
de Lyon.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

EXTERNAT DE LYON (1907-1910)

- M. le Docteur COMMANDEUR, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux.
M. le Docteur WEILL, professeur de clinique de médecine infantile.
M. le Docteur ROLLET, professeur de clinique ophtalmologique.
M. le docteur VIGNARD, chirurgien des hôpitaux.
A la mémoire de M. le Docteur JABOULAY, professeur de clinique chirurgicale.
M. le Docteur MOUISSET, médecin des hôpitaux.

SUPPLÉANCE D'INTERNAT DE LYON (1910-1911)

- M. le Docteur GAYET, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.
M. le Docteur P. COURMONT, professeur de médecine expérimentale, médecin des hôpitaux.
M. le Docteur PÉHU, médecin des hôpitaux.

INTERNAT DE SAINT-ÉTIENNE (1911-1914)

- M. le Docteur NORDMAN, médecin des hôpitaux.
M. le Docteur BLANC, chirurgien honoraire des hôpitaux.
M. le Docteur MONTAGNON, médecin des hôpitaux.
M. le Docteur VIANNAY, chirurgien des hôpitaux.
M. le Docteur DESCOS, médecin des hôpitaux.
M. le Docteur MARTEL, chirurgien des hôpitaux.
M. le Docteur MULLER, chirurgien des hôpitaux.
M. le Docteur BÉRARD, médecin des hôpitaux.

AVANT-PROPOS

Arrivée au terme de nos études médicales, nous voulons adresser nos bien sincères remerciements à tous ceux qui furent nos maîtres dans les Hôpitaux de Lyon et de Saint-Etienne.

C'est tout d'abord un hommage de reconnaissance à la mémoire vénérée du professeur Jaboulay, maître si bon et si bienveillant, auprès duquel nous eûmes le bonheur de faire nos premiers pas dans la chirurgie.

C'est ensuite M. le docteur Mouisset, qui nous initia à la médecine, et à qui nous exprimons notre profonde reconnaissance.

Nous remercions bien vivement tous nos maîtres dans les Hôpitaux de Saint-Etienne de la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée ; leur bon accueil nous a rendu moins pénible cette vie d'interne, si difficile encore pour une étudiante.

Nous remercions également l'Administration des Hospices civils de Saint-Etienne et, en particulier, M. Fougerolle, vice-président.

Enfin, nous remercions bien sincèrement M. le professeur Weill, à qui nous devons l'idée de ce travail, du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, et M. le docteur A. Dufourt, qui a bien voulu nous aider de ses conseils.

Nous remercions aussi MM. les Professeurs agrégés, membres de notre jury.

INTRODUCTION

On a pu dire avec raison qu'aucun terme, peut être, en médecine n'a été appliqué à des états pathologiques plus variés et plus dissemblables que celui d'herpès. En effet, la littérature médicale nous le montre désignant tour à tour les affections cutanées les plus diverses.

Nous ne voulons pas entreprendre ici une étude complète et détaillée des différentes manifestations pathologiques que l'on a coutume de classer dans le groupe si confus, quant à leur étiologie, des herpès : elles ont été l'objet, dans un grand nombre de classiques, de longs développements. Nous laisserons donc hors du cadre de cette étude toutes les affections que l'on range dans les herpès parasitaires pour ne nous occuper que des variétés inflammatoires et plus spécialement de l'herpès fébrile, de cette affection que Parrot a isolée sous le nom de fièvre herpétique, qui n'est d'ailleurs pas une affection idiopathique, mais une localisation spéciale

d'un agent pathogène déterminé. Il en est ainsi, du moins, de certains herpès et de diverses stomatites, angines, méningites, etc. Parmi ces herpès, les uns viennent, en quelque sorte, confirmer le diagnostic de la maladie déjà existante ; d'autres constituent à eux seuls la principale signature de l'infection de l'organisme par le pneumocoque. C'est dans ce dernier cas que l'herpès réalise en tous points le tableau clinique de la fièvre herpétique des anciens auteurs.

Depuis longtemps, les traités classiques ont signalé la présence d'un herpès symptomatique, au cours de la pneumonie lobaire aiguë, soit au début, soit le plus souvent à la période d'état : c'est d'ailleurs, dans ce cas, une manifestation souvent très discrète.

Si la constatation de ce symptôme n'a pas toujours peut-être une valeur pronostique, sa signification, au point de vue pathogénique, présente un intérêt de premier ordre. En effet, l'herpès n'est pas, dans ce cas, une affection particulière, évoluant indépendamment de l'état morbide qu'elle paraît venir compliquer. Mais il y a, en réalité, une relation intime entre les deux affections, et le même agent pathogène les détermine toutes deux. Nous voulons donc soutenir ici, à l'appui d'un certain nombre d'observations, quelques-unes recueillies dans la littérature médicale allemande, d'autres dues à l'obligeance de M. le professeur Weill et recueillies dans sa clinique de médecine infantile, que l'herpès, survenant au cours d'une pneumonie ou d'une infection pneumococcique quelconque, n'est qu'une localisation à la peau ou sur les muqueuses du pneumocoque de

Talamon-Frænkel ; en d'autres termes, que l'herpès n'est, dans ce cas, qu'une pneumococcie de la peau. Nous verrons plus loin qu'il constitue quelquefois la manifestation la plus intense de l'infection pneumococcique, les signes de la pneumonie restant frustes et très incomplets ; quelquefois même il n'y a pas d'atteinte pulmonaire et l'on assiste à l'évolution d'une véritable septicémie pneumococcique. En effet, les observations qui ont servi de base à cette étude montrent nettement que l'examen bactériologique et les cultures du liquide des vésicules d'herpès ont, dans ces cas, révélé, d'une façon indiscutable, la présence du pneumocoque.

De la SIGNIFICATION DE L'HERPÈS

AU COURS

de la Pneumonie et de l'Infection pneumococcique

CHAPITRE PREMIER

Historique

Si l'on parcourt la littérature médicale, on ne trouve qu'un très petit nombre de faits se rapportant au sujet de notre étude.

Morton, en 1694, dans son *Traité des maladies inflammatoires*, décrit l'herpès fébrile à la suite de la fièvre survenant au cours de la variole et de l'érysipèle et, le premier, l'envisagea comme un état morbide distinct.

Mais, après lui, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies de la peau*, en 1862, Hardy nie l'herpès sous toutes ses formes :

« L'herpès simple, dit-il, qui est le type de la maladie, n'existe pas, c'est une abstraction. »

Ce fut Parrot qui, le premier, sans songer encore que l'herpès et la pneumonie pouvaient avoir une pathogénie identique, toutes deux traduisant l'atteinte de l'organisme par l'infection pneumococcique, vit, du moins, nettement le lien étroit qui unissait entre elles ces deux affections.

En effet, avec son mémoire publié par la *Gazette hebdomadaire*, en 1871, la fièvre herpétique entra véritablement dans le cadre nosologique. Ce mémoire, très complet, contient neuf observations et se termine par les conclusions suivantes :

« 1° Il existe une espèce morbide que nous avons appelée fièvre herpétique ; il faut comprendre sous cette dénomination la plupart des cas de fièvre synoque, de fièvre éphémère, de fièvre gastrique et d'angine herpétique ;

« 2° La fièvre herpétique se relie, d'une part, aux diverses éruptions herpétiques, le zona y compris, et, d'autre part, à la pneumonie aiguë lobaire, qu'on pourrait appeler pneumonie herpétique ;

« 3° Le système nerveux est le lien qui réunit ces affections en une même famille ;

« 4° Dans les maladies fébriles, l'herpès est, d'une manière presque constante, un indice de bénignité ; son apparition autorise le médecin à porter un pronostic favorable. »

Ainsi Parrot eut l'idée de la corrélation intime qui existe entre la fièvre herpétique et la pneumonie, toutes deux revendiquant l'action du froid comme étiologie, ayant une évolution cyclique régulière et

se terminant en même temps : en effet, lorsque les signes de la pneumonie disparaissent, on voit aussi les vésicules de l'herpès qui l'accompagne se dessécher rapidement.

Gubler, dans ses *Mémoires sur l'herpès guttural* (angine couenneuse commune) et sur *l'ophtalmie due à l'herpès de la conjonctive*, avait pensé que, dans ce cas, on se trouve en présence d'une éruption herpétique localisée à la gorge ou aux conjonctives, mais sans se demander quel était l'agent microbien. (*Société médicale des Hôpitaux*, 1857, et *Union médicale*, 1858.) Ce fut aussi l'opinion que soutint, quelques années plus tard, Lasègne, dans son *Traité des angines*, 1880.

Mais c'est à Dufaud, dans son travail sur les *Angines couenneuses non diphtériques* (Paris, 1876), que l'on doit d'avoir donné à l'herpès survenant au cours de manifestations d'origine pneumococcique, sa véritable signification.

Dans le cas que rapporte Dufaud, l'affection avait débuté par un grand frisson tout à fait analogue au frisson si typique de la pneumonie lobaire aiguë, avec hyperthermie très marquée et signes d'angine extrêmement accusés. On trouva, en outre, sur la paroi postérieure du pharynx, sur les amygdales et sur le voile, des groupes de 3 ou 4 vésicules d'herpès, quelquefois davantage, de courte durée, et dont l'examen révéla nettement la présence du pneumocoque. L'évolution de la maladie fut cyclique, comme celle d'une pneumonie. Or, il est impossible de

mettre en doute la valeur des examens pratiqués par Dufaud, consistant à la fois en ensemencements et inoculations.

Puis, ce fut Jaccoud qui décrivit, sous le nom de « pneumonie de la gorge », l'inflammation provoquée au pharynx par le pneumocoque. Début très brusque, avec violent frisson, température très élevée et qui tombe brusquement, tel est le tableau clinique de la maladie.

Ensuite, Netter, dans son *Mémoire sur la contagion de la pneumonie* (*Archives générales de Médecine*, 1888), soutint la théorie suivante : « La contagion de la pneumonie peut se traduire par une affection autre que la pneumonie. »

Il cite à l'appui de sa théorie plusieurs exemples, dont le suivant se rapporte à notre sujet : Observation IV (due à Péglas), Mme M..., âgée de 61 ans, prend une pneumonie typique. Au bout de quatre jours, une de ses filles est atteinte de phénomènes généraux, bientôt suivis d'une éruption d'herpès très confluent sur les lèvres ; cette éruption est la seule manifestation de l'infection pneumococcique. Quatre jours passent et la seconde fille de Mme M... contracte, par contagion, une pneumonie.

Gaultier, dans sa thèse : *La pneumococcie pharyngée* (Thèse de Paris, 1896), distingue une forme herpétique caractérisée par des vésicules d'herpès.

Rochou, dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantile* (15 octobre 1896), cite le cas de vésicules d'herpès apparues sur le pourtour de l'anus

d'un enfant qui, quelques jours après, localisait sa pneumococcie sur le poumon et mourait d'une pneumonie du sommet gauche, confirmée à l'autopsie.

Puis on tenta de rapprocher les origines de l'herpès de celles du zona, lorsque la pathogénie de cette dernière affection devint moins obscure. Cependant, il convient d'établir une différenciation bien nette entre l'herpès et le zona, bien que cette dernière affection, tout comme l'herpès, puisse survenir au cours d'une pneumonie.

En effet, Hallopeau publia à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 15 février 1901, un cas de rechute de pneumonie avec poussée d'herpès, au niveau d'un zona antécédent de la cuisse, chez un homme de 50 ans. L'examen bactériologique des crachats les a montrés presque exclusivement formés de pneumocoques, mais celui du contenu des vésicules du zona n'a pas été fait. Dans les considérations qui suivent cette observation, Hallopeau conclut de la façon suivante :

« Ce n'est pas là un herpès fébrile, et la plaque herpétique étant identique, par le caractère et le mode de distribution des vésicules, au zona dont le malade avait été atteint antérieurement, il s'agit d'une rechute, « les pneumocoques ou leurs toxines ayant trouvé dans les cellules nerveuses intéressées, lors du premier zona, un *locus minoris resistentiæ* ». Comme on le voit, Hallopeau ne croit pas à une action directe du microbe pathogène ayant déterminé la récurrence du zona, comme il a causé les signes d'hépatisation du poumon. Cependant il est admis

que le zona est une maladie qui immunise et ne récidive pas.

De même, pour Talamon, la pneumonie et le zona ont entre eux certaines connexions microbiennes. C'est, du moins, ce que l'on peut déduire des trois cas qu'il rapporta à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 avril 1901.

Dans le premier cas, il s'agit d'une pneumonie du sommet droit, avec souffle tubaire et râles crépitants, s'étant accompagnée d'un zona ophtalmique gauche, occupant toute la région frontale, du rebord orbitaire à la ligne médiane et constitué par des vésico-pustules presque confluentes par place. L'examen du contenu de ces vésicules n'a montré ni pneumocoque, ni aucun microorganisme.

Dans le second cas, il est question d'une pneumonie gauche s'étant accompagnée d'un zona intercostal du même côté.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'un zona intercostal survenu deux mois après une pneumonie, alors que l'on ne trouve rien d'anormal, ni à la percussion, ni à l'auscultation.

Talamon croit que ces éruptions zostériennes sont dues à l'action du microbe de la pneumonie, sans être produites directement par lui : il n'a pas pu trouver le pneumocoque dans le contenu des vésicules du zona et ne croit pas qu'on puisse le trouver. Pour lui, si le zona est intercostal et se superpose à la pneumonie, on peut supposer qu'il y a propagation par voisinage de l'infection pneumococcique du poumon au nerf. Si le zona se produit à distance,

l'action microbienne s'exerce sur le système nerveux. En effet, dans ces cas, le zona serait l'expression des troubles trophiques dus à l'irritation des filets nerveux par les toxines de l'agent microbien.

Cette pathogénie est certainement très vraisemblable pour le zona pneumonique, qui, à notre avis, doit être soigneusement différencié de l'herpès fébrile traduisant une infection pneumococcique cutanée ou muqueuse.

Ces localisations cutanées ou muqueuses sont produites par des embolies microbiennes charriées par le sang circulant. C'est là la ligne de démarcation bien nette qui sépare ces deux affections.

D'ailleurs, cette différenciation avait déjà été établie par Hardy, quand il dit :

« Le zona est une maladie spéciale, qui a un caractère propre, savoir : la coexistence d'une éruption et d'une névralgie ; la présence des vésicules n'est donc pas suffisante pour en faire un herpès ; il est mieux, pour simplifier la question, de donner à cette maladie le nom de zona et de la ranger parmi les maladies accidentelles. »

Ce fut aussi l'opinion de Besnier, qui différencie l'herpès vrai des éruptions herpétiques d'origine nerveuse, qui se distinguent par leur caractère accidentel et leur durée indéterminée.

Il faut arriver à l'année 1909 pour trouver des données vraiment affirmatives sur la question qui nous intéresse :

C'est tout d'abord deux cas de Beyer (*Berliner hlin Woschen*, 1909).

C'est ensuite deux autres cas de Trevisanello (*Centralblatt für Bactériologie*, 1911).

C'est enfin et surtout les communications si intéressantes faites à la *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, par M. le professeur Weill et le M. le docteur A. Dufourt, au cours des années 1912, 1913, 1914.

Ces diverses observations vont faire l'objet des chapitres suivants.

CHAPITRE II

Observations recueillies dans la littérature médicale allemande

En 1909, le docteur Walter Beyer publia deux observations (*Berliner Klinische Wochenschrift*) sur deux cas de pneumonie compliquée d'herpès, observations que nous croyons devoir traduire ici.

Dans les considérations qui précèdent ces observations, Beyer cite, entre autres, un cas décrit par Sack (*Virch. Arch. Bd.*, 149, page 574).

Il s'agit « d'une dame de 73 ans, qui souffrait d'une dermatite bulleuse et le quatorzième jour de la maladie est morte avec fièvre, frissons et délire ». A l'autopsie, on a découvert des foyers de bronchopneumonie avec éruptions bulleuses aussi sur la membrane muqueuse de la vessie. Au centre d'une des vésicules se trouvaient des diplocoques.

OBSERVATION I

Clinique médicale de Würzburg

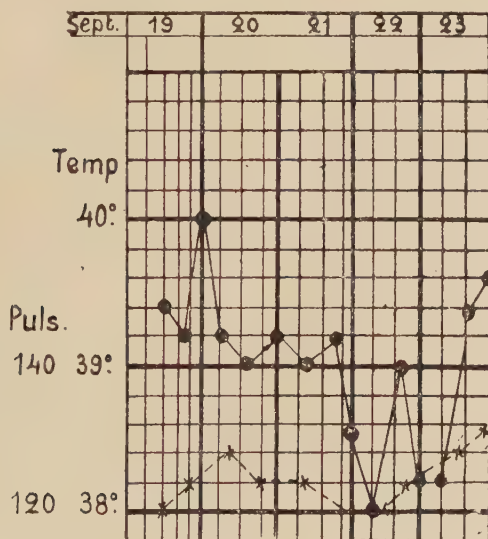
J. L..., Italien, 42 ans, est tombé malade, la nuit, dans le train, avec frissons, douleurs et points de côté. Le jour suivant (19 septembre 1907), à l'hôpital Julius, on constate qu'on se trouve en présence d'un homme fort, robuste, présentant de l'excitation motrice, avec perte de connaissance ; le visage est fortement congestionné, avec sueur sur tout le corps. La percussion ne donne que des signes incertains ; cependant, dans le creux de l'aisselle et à la partie moyenne du poumon droit, la sonorité est un peu diminuée. Le murmure vésiculaire prend un timbre aigu au commencement de la respiration ; frottements pleuraux dans la région axillaire. Les battements du cœur sont nets, renforcés. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Les réflexes sont exagérés. La température, dans le creux axillaire, donne 39°4, le pouls est à 120. Expectoration pneumonique (pneumocoques) ; traces d'albumine dans les urines.

Traitement : digitale, vin, alcool.

20 septembre. — Le malade a été très excité toute la nuit et voulait constamment sortir du lit. De l'examen clinique, il résulte le diagnostic suivant : pneumonie droite sans symptômes, jusqu'à présent, prononcés dans les poumons ; pas d'endocardite.

Le soir, quelques craquements.

21 septembre. — Raideur de la nuque, ptosis incomplet, à l'œil droit, la sensibilité est abolie. Le malade délire, est constamment très agité. A droite, dans la région axillaire, râles crépitants, bronchophonie. Le malade fait des gestes avec les mains ; tremblement très marqué. Signe de Kernig. La pupille droite est étroite, mais elles réagissent bien toutes deux ; conjonctivite droite. Le fond des yeux est normal des deux côtés, sans rien à signaler du côté des vaisseaux ; la papille est claire. Sur la cornée droite, en haut, on constate trois petits ulcères d'où l'on n'a pu tirer cependant aucun diplocoque.



22 septembre. — Ce matin, respiration bruyante, comateuse. Pouls petit, faible, accéléré. Souffle tubaire et bronchophonie à la partie moyenne et à la base du poumon droit : il s'agit donc d'une pneumonie des lobes médian et inférieur droits. A partir de l'après-midi, on fait d'heure en heure des injections d'huile camphrée ; le soir, le souffle tubaire s'étend et l'on entend de gros râles. Le

pouls est misérable. Rien de nouveau du côté des yeux. La raideur de la nuque a diminué. Le malade a repris connaissance depuis quatre heures de l'après-midi. Expectoration adhérente, brune. Du côté de la bouche, la langue est sèche, fendillée, couleur marron. Sur le dos, on constate la présence de vésicules d'herpès ; dans le liquide vésiculaire sécrété sous la peau, on trouve des pneumocoques, en culture pure ; de sorte que l'exanthème doit être considéré comme une infection métastatique de la peau. La contracture des membres a diminué depuis hier.

23 septembre. — On mélange environ 5 cm³ de sang de la veine du bras avec agar en plaques : sur toutes ont poussé de nombreuses colonies vert noirâtre de diplocoques.

Une demi-heure après les injections d'huile camphrée, les battements du cœur sont satisfaisants. L'après-midi, le malade garde temporairement connaissance. Les pupilles sont à peu près égales et réagissent. La nuit, la raideur de la nuque s'accroît et le malade meurt. Un peu auparavant, le pouls était à 180.

L'autopsie (prof. Borst) a donné les résultats suivants :

Pleurésie fibreuse, côté droit ; début à gauche. Commencement de péricardite séro-fibrineuse. Dégénérescence parenchymateuse, d'origine toxique, du muscle cardiaque, du foie et des reins. Pneumonie du lobe inférieur droit, en partie aussi des lobes médian et supérieur, ainsi que du lobe inférieur gauche. Gastrite granuleuse chronique. Méningite séreuse de la convexité et de la base.

OBSERVATION II

Hôpital Altstadt, Magdebourg

F. L., ouvrier, 57 ans, fut apporté à la clinique, le 15 juin 1909, en état d'ivresse avec commencement de délire. C'était un homme de taille moyenne, robuste, bien portant. L'examen des organes n'offrait rien de particulier, sauf les battements du cœur légèrement irréguliers. Température, 37° ; pouls, 132. On ordonne 3 gr. de chlorhydrate de caféine en injections sous-cutanées.

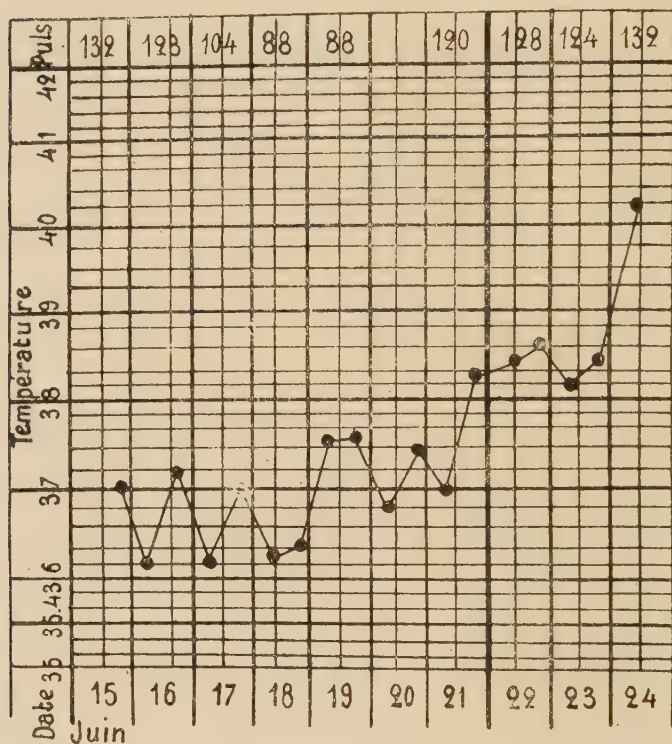
Les jours suivants, le malade était constamment très inquiet, l'incertitude persistait ; température normale. A partir du 19 juin, le malade, par moments plus calme, dort davantage, mais il est toujours sans connaissance.

21 juin. — Température, 38°4. A la partie inférieure du poumon gauche, le murmure vésiculaire a un timbre un peu aigu.

22 juin. — Température, 38°5. L'état général et les signes pulmonaires restent les mêmes.

Sur la peau des deux pieds, on trouve des foyers d'inflammation de la grosseur d'une pièce de 1 à 3 marks ; il en existe également à la partie externe et interne de la cheville, sur le bord externe du cou-de-pied et à la région plantaire du pied gauche ; on trouve aussi un

petit foyer de la grosseur d'une lentille sur le côté du dos de la main droite.



23 juin. — Crépitements fin vésiculaire à la base du poumon gauche, pas de souffle tubaire. Raideur de la nuque, contracture des extrémités, abdomen très ballonné. Les réflexes rotuliens et plantaires sont très exagérés, pas de Babinski. Les pupilles présentent une dilatation moyenne et réagissent bien ; légère cyanose du visage et des mains. Respiration un peu accélérée ; pouls à 124, assez petit. Début d'une eschare de décubitus de la région sacrée. Sur les zones d'inflammation surgies hier, se sont formées des vésicules élastiques remplies de liquide clair,

séreux. Les tubes de bouillon remplis du liquide de plusieurs de ces vésicules et de l'agar liquide transformés en plaques sont restés stériles. Au contraire, sur agar mélangé avec le sang prélevé à la veine du bras et fondu en plaques (avec précautions aseptiques), on vit se former sur trois plaques en tout cinq colonies de diplocoques. On fait une ponction lombaire. Sous faible pression coule un liquide clair, incolore. Dans le mince culot, on ne trouve que quelques cellules rondes : donc liquide stérile.

24 juin. — Ascension de la température à 40°2. Le malade gâte. Décès.

L'autopsie (prof. Ricker) a montré ce qui suit :

Dans la peau de la main droite, sur le pouce, on trouve une place rougeâtre d'environ 1 cm² $\frac{1}{2}$, au milieu de laquelle se trouve une vésicule de quelques millimètres de diamètre, avec liquide clair et jaunâtre. Dans la peau du pied gauche, sur le bord interne, au-dessous de la cheville, on constate de même une place de 6 cm² environ, violacée ; à la coupe, le tissu cellulo-adipeux est également infiltré ; la peau des deux talons est aussi violacée, jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. A la partie supérieure de la malléole interne droite, la peau manque sur une étendue d'environ 6 cm². Au-dessus de la malléole externe droite se trouve une vésicule de 3 cm², comme ci-dessus.

Les poumons sont fortement affaissés. La plèvre gauche est lisse, avec sur le lobe inférieur, en avant et en arrière, de nombreuses taches rouges. Les poumons contiennent une quantité moyenne de sang. La quantité d'air contenue, assez grande en haut, va en diminuant vers le bas. Dans le tiers inférieur, on trouve une série de petits lobes, contenant beaucoup d'air, d'aspect granuleux, en partie rouge, en partie rouge marron. Les limites des lobes sont incertaines. Les bronches du lobe inférieur sont légèrement et régulièrement élargies ; la muqueuse est très rouge, lisse, comme dans les autres bronches. Les glandes bronchiales sont petites. Le lobe inférieur droit contient beaucoup de

sang et une quantité moyenne d'air ; les lobes moyen et supérieur contiennent beaucoup plus d'air.

Le myocarde est mou, contenant une quantité moyenne de sang ; les valvules sont épaissies. Artério-scléreuse légère. Kystes dans le rein droit ; les reins sont gros, sans autre modification. La rate est très augmentée de volume, avec pulpe riche en sang et très molle. Le foie est un peu gros, rougeâtre, par endroits jaune gras, le dessin des lobes est incertain. Les enveloppes du cerveau, molles et dures, sont très vascularisées, avec un liquide clair, abondant. Les ventricules du cerveau sont modérément élargis et remplis de liquide clair.

De ces deux observations, Beyer conclut de la façon suivante :

« Dans le premier cas, il s'agit d'une pneumonie se manifestant, dès le début, par des symptômes très graves. L'herpès s'est produit un jour avant la mort. Les vésicules contenaient des pneumocoques, et il est tout indiqué de considérer l'herpès comme infectieux. L'autopsie a confirmé la présence de lésions d'origine toxique dans les organes. Au contraire, le deuxième cas offrait une toute autre image. Chez un alcoolique délirant, après plusieurs jours se manifestait une infection générale, avec les symptômes d'une pneumonie lobulaire, en elle-même très bénigne, d'une méningite et d'un herpès. Il faut donc considérer l'herpès, dans la pneumonie, dans les cas décrits jusqu'à présent, comme une complication, soit métastatique, soit toxique, du côté de la peau. »

Ainsi Beyer, dans les considérations qui suivent ses observations, n'hésite pas à conclure que, dans ces cas, on se trouve en présence d'une localisation cutanée du pneumocoque. Cependant, il considère aussi l'hypothèse d'une action uniquement toxique, tout comme l'avaient fait avant lui Hallopeau et Talamon pour le zona pneumonique.

CHAPITRE III

Mémoire de Trevisanello

Deux ans plus tard, Trevisanello conclut à l'action directe du microbe pathogène, à la suite de minutieux travaux de laboratoire.

Voici quelques pages où nous avons analysé en détail le mémoire du docteur Carlo Trevisanello, de la clinique de médecine de l'Université de Gênes (président professeur, C. Maragliano), sur les *Localisations inflammatoires extra-pulmonaires du diplocoque Frankel et recherches bactériologiques sur l'herpès des pneumoniques*, mémoire traduit en allemand par le docteur K. Rühl, Turin, dans *Centralblatt für Bactériologie*.

Au début de son mémoire, Trevisanello considère les diverses manifestations extra-pulmonaires du pneumocoque de Talamon-Frankel, qui, s'il localise de préférence son action sur l'appareil respiratoire

(plèvre, poumons, bronches), peut aussi, « dans certaines circonstances, prospérer et croître dans beaucoup d'autres organes ». En effet, il signale, outre la méningite à pneumocoques, des cas de pharyngite, d'angine, d'entérite, de parotidite, d'arthro-sinovite et de conjonctivite, dans lesquels l'examen bactériologique des liquides ou des exsudats a montré, d'une façon évidente, la présence du pneumocoque.

Il rappelle, en outre, l'ouvrage intéressant publié par Crispolti, dans lequel il décrit ses recherches très soignées sur la pneumonie lobaire aiguë, et spécialement sur la présence qu'il a constatée du diplocoque de Talamon-Frankel dans la sécrétion conjonctivale des pneumoniques.

Trevisanello a également observé le fait suivant :

Dans l'évolution de la pneumonie lobaire aiguë se manifestent très souvent, sur les lèvres ou à leur proximité, quelquefois aussi sur les joues et même sur le cou, des éruptions plus ou moins étendues d'herpès.

L'herpès ne constitue pas, pour lui, dans ce cas, « une forme de maladie indépendante, mais cette efflorescence est bien plutôt l'expression » de l'agent pathogène ayant déterminé l'infection de l'organisme.

Cette manifestation cutanée, que l'on observe si souvent au cours de la pneumonie, ne représente pas tout à fait un symptôme pathognomonique, mais il constitue, du moins, un signe secondaire peut-être, mais important pour sa valeur clinique.

c'est pourquoi la majorité des auteurs le mentionnent dans la description de la symptomatologie de l'inflammation des poumons. D'après Trevisanello, on pourrait peut-être comparer l'herpès des pneumoniques à une autre manifestation cutanée, que l'on rencontre, sinon constamment, du moins très souvent, au cours d'une autre maladie infectieuse : il s'agit de la roséole observée chez les malades atteints de typhus.

En partant de cette idée et du fait que dans les taches rosées des typhiques, comme l'a montré Bouchard, on trouve souvent le bacille d'Eberth, Trevisanello a organisé des recherches pour déterminer si l'on trouve dans les bulles d'herpès des pneumoniques le diplocoque et dans quelles conditions biologiques.

« Chez deux pneumoniques de notre clinique (section du docteur V. Maragliano), dit-il, chez lesquels on a constaté le diplocoque Frankel dans l'expectoration, se développèrent respectivement, le deuxième et le troisième jour de la maladie, de nombreuses efflorescences d'herpès sur le visage. Chez l'un, la dermatose était localisée sur la lèvre inférieure et en partie sur les jambes ; chez l'autre, sur le côté droit du cou. Chez ce dernier, on pouvait compter environ trente bulles, en partie assez grosses, quelquefois plusieurs réunies ensemble.

« Dans les deux cas, la marche de la pneumonie a été régulière, de sorte que les malades pouvaient quitter la clinique complètement guéris. »

La technique des recherches opérées par Trevisanella sur ces deux cas a été très simple.

Après avoir soigneusement désinfecté, comme il le dit, la région cutanée envahie par l'éruption d'herpès, il a recueilli le liquide contenu dans les petites bulles, en y enfonçant une aiguille creuse fixée sur une pipette en verre, qu'il a aspirée ensuite, naturellement les instruments avaient été auparavant soigneusement stérilisés. En enfonçant l'aiguille dans les bulles, il a procédé, dit-il, avec la plus grande précaution, de manière à ne pas blesser les tissus et à obtenir le liquide pur, c'est-à-dire sans aucun mélange de sang.

Le liquide qu'il a obtenu par cette opération était en petite quantité, d'une couleur jaune citron, un peu trouble ; une partie a été employée pour une culture de bouillon ordinaire et l'autre a été examinée directement au microscope.

A l'examen microscopique des préparations colorées avec le bleu de méthylène (Loeffler), Trevisanella a trouvé de « nombreuses formes de diplocoques complètement identiques et dont les caractères morphologiques correspondaient entièrement à ceux du diplocoque Frankel » ; il n'a pas pu déterminer d'autres microorganismes et n'a trouvé que quelques rares éléments histologiques plus ou moins modifiés. Trevisanella a fait également des préparations, par la méthode de Gram, dans lesquelles il a déterminé de même « des germes ayant tout l'aspect de diplocoques typiques ».

A côté des cultures faites avec le contenu des

bulles, Trevisanello en a placé d'autres obtenues avec du sang. Dans les petits tubesensemencés avec le contenu des bulles, après vingt-quatre heures, il a constaté une végétation luxuriante de germes ; dans le tubeensemencé avec du sang, ce développement a eu lieu seulement soixante-douze heures plus tard.

Les germes des cultures du contenu des vésicules et du sang ont montré tous les caractères morphologiques correspondant à ceux que Trevisanello avait observés dans le pneumocoque Talamon-Frankel, à l'état de virulence affaiblie.

Quant à la puissance pathogène de ces germes, ils étaient à même, dit Trevisanello, soit qu'ils proviennent des cultures du contenu des vésicules ou du sang, de tuer, quoique lentement, des souris blanches, surtout le diplocoque cultivé du contenu des vésicules.

Sur les lapins, au contraire, les deux cultures, même en fortes doses (5 à 6 cm³), aussi bien par inoculation sous-cutanée que intra-péritonéale, étaient absolument inoffensives. Mais quelques passages par les souris suffisaient pour redonner aux germes leur virulence, de sorte que finalement ils arrivaient à tuer les souris en peu de temps (6 à 8 heures) et les lapins, de 1 à 2 kilogs, dans un à deux jours.

Mais, dit Trevisanello, « le germe du contenu des vésicules exigeait une plus longue série de passages que celui provenant du sang du malade ».

Enfin, Trevisanello conclut de la façon suivante :
« Il résulte de mes recherches qu'au cours de la

pneumonie, on peut trouver, à l'état pur, le germe pathogène, c'est-à-dire le diplocoque, dans le contenu des efflorescences de l'herpès. Le germe isolé des vésicules se trouve à l'état de virulence atténuée, mais il peut recouvrer sa virulence primitive au moyen de passages répétés à travers les moyens de culture appropriés, en prenant ainsi tous les caractères propres au pneumocoque Frankel.

« Puisqu'il est ainsi prouvé que, dans les vésicules d'herpès des pneumoniques, on trouve l'agent pathogène ayant déterminé la maladie elle-même, on peut supposer que ces vésicules représentent les produits de l'inoculation du germe infectieux et que ces éruptions cutanées peuvent aussi transmettre la maladie. En effet, l'inoculation croisée du contenu des vésicules d'herpès de mes deux malades à eux-mêmes a donné, un jour après, à l'endroit inoculé, de nouvelles vésicules d'herpès, absolument semblables aux premières et contenant de même des pneumocoques.

« Les vésicules d'herpès peuvent s'ouvrir très facilement, et il arrive souvent que les malades les grattent jusqu'au point de saigner ; il est, par conséquent, possible que les malades entraînent le contenu des vésicules à d'autres endroits du corps et, par conséquent, transmettent le germe à d'autres personnes qui, si elles sont sensibles à la maladie, par suite d'une augmentation éventuelle de la virulence du germe, réagissent à l'infection pneumococcique et contractent par suite une pneumonie.

« Il en résulte une précaution prophylactique consistant à garantir les vésicules d'herpès des pneumo-

niques par des bandes ou par des compresses humides, antiseptiques, afin d'éviter l'ouverture des vésicules et la diffusion de leur contenu. »

Nous avons jugé utile de traduire ici une grande partie du mémoire de Trevisanello qui présente, pour notre étude, un intérêt de premier ordre.

En effet, pour Trevisanello, *l'herpès, survenant au cours de la pneumonie, doit être considéré comme une localisation cutanée de l'infection pneumococcique*, et il est tellement persuadé de la présence du pneumocoque dans les vésicules de l'herpès, étant donnés les résultats nettement positifs de ses recherches très minutieuses, qu'il attribue, en outre, à l'herpès, un rôle important dans la propagation de l'infection pneumococcique.

Mais dans les deux observations publiées par Beyer, comme dans les deux cas que rapporte Trevisanello, il s'agissait de pneumonies franches, avec herpès survenant au cours de leur évolution ; nous verrons plus loin des cas où l'éruption herpétique paraît constituer la seule manifestation de l'infection pneumococcique.

CHAPITRE IV

Observations recueillies dans la Clinique de Médecine infantile de M. le professeur Weill

OBSERVATION I

publiée à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon
(Séance du 5 mars 1912) par MM. WEILL et A. DUFOURT.

Herpès pneumonique

S... Jeanne, 10 ans, est amenée à l'hôpital parce que depuis quelque temps elle a perdu l'appétit, se plaint de douleurs généralisées à l'abdomen et dans la région de la nuque. Elle a un frisson à l'entrée. La température, 39°2.

On ne trouve rien aux poumons, ni râles, ni souffle, ni modification du murmure. Le ventre est uniformément douloureux, sans point fixe. Pouls, 140. Rien au cœur. Pas de dyspnée. On est frappé de trouver une éruption

d'herpès assez intense sur les lèvres, notamment sur la lèvre inférieure, où il y a une vingtaine de vésicules confluentes et quelques autres disséminées à la racine et sur les lobules du nez. Dans la bouche, on en voit aussi sur le bord droit de la langue, sur la face interne de la joue droite. Sur l'amygdale droite, il y a 3 vésicules à côté les unes des autres ; enfin, il y en a sur la paroi postérieure du pharynx.

Pendant la nuit qui suit l'entrée, l'enfant a du délire. Elle se lève, fait des gestes incohérents ; on est obligé de la faire coucher et de la surveiller. Elle a un épistaxis. Le lendemain matin, céphalée gravative, trois selles noirâtres qui ne renferment pas de sang. La rate n'est pas grosse. Les urines renferment un peu d'albumine.

On passe la malade à la radioscopie, et l'on voit une tache sombre nette au sommet gauche, montrant l'atteinte du poumon.

Un examen bactériologique du contenu des vésicules de la lèvre et de l'amygdale montre du pneumocoque à l'état pur, en ce qui concerne celles de la lèvre, mélangé à d'autres agents en ce qui concerne celles de l'amygdale, qui viennent de s'ulcérer.

Les suites de la maladie furent normales, la chute de la température rapide. Mais on n'eut jamais aucun signe au poumon.

OBSERVATION II

publiée à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon
(Séance du 25 novembre 1913) par MM. WEILL et A. DUFOURT.

Stomatite herpétique due au pneumocoque observée à la clinique Saint-Ferdinand

R... Joseph, 4 ans, est amené, le 21 mars 1912, à la consultation du professeur Weill, parce qu'il souffre dans la bouche depuis quelques jours.

Rien à noter du côté héréditaire : la mère a eu une grossesse et un accouchement normaux ; elle a nourri l'enfant. Celui-ci a eu une bronchite à 3 ans. Il n'a pas encore eu les fièvres éruptives. Il jouit habituellement d'une très bonne santé.

Le 16 mars, brusquement, après un état légèrement anorexique, l'enfant prit, vers le soir, un grand frisson prolongé avec claquement de dents, absolument analogue à celui d'une pneumonie. On le met au lit.

Le lendemain matin, 17 mars, céphalée, courbature généralisée, abattement considérable, anorexie avec état nauséeux allant jusqu'à provoquer plusieurs vomissements bilieux. Pendant toute la journée, l'enfant refuse la nourriture et ne prend qu'un œuf. Dans l'après-midi, il se plaint à ses parents de douleurs et de cuissons au niveau de la langue. On l'examine et on constate de petites taches rouges un peu boutonneuses sur le dos et la pointe de la langue. Les parents ne se rappellent pas si ces bou-

tons étaient déjà vésiculisés. La température donne 39°8, le soir.

Le 18 mars, température 39°8, le matin ; le soir, 39°6. Cette fois, le dos de la langue et la pointe sont couverts d'une vingtaine de vésicules perlées, grosses comme des têtes d'épingles en acier ou un peu plus. Dans l'après-midi, apparaissent, avec de petites zones rouges, des vésicules sur l'angle gauche des lèvres et sous la lèvre inférieure (sur la face cutanée). Il y en a ainsi 12 à 15 sur le pourtour de l'orifice buccal. L'alimentation, très douloureuse, est refusée. La céphalée, l'abattement persistent.

Le 19 et le 20, même température, mêmes signes généraux.

Il apparaît encore de rares éléments isolés à la face interne de la lèvre inférieure et sur le voile du palais.

Dans la nuit du 20 au 21, l'enfant se sent mieux.

Le 21, au matin, la défervescence se produit : la température n'est plus que de 37°8. On en profite pour amener l'enfant à l'hôpital.

Les vésicules ont laissé des ulcérations, un peu plus larges qu'une forte tête d'épingle en acier, sur le dos et la pointe de la langue. Le fond est jaunâtre, auréolé de rouge. Ces ulcérations sont superficielles. Il existe encore des vésicules pleines en petit nombre au pourtour de l'orifice buccal, sur la langue. Sur le voile, deux ou trois petites exulcérations rondes, de même à la face interne de la lèvre inférieure.

Assez gros ganglions sous-maxillaires bilatéraux. Examen somatique négatif. Radioscopie du poumon négative.

Foie normal. Rate très grosse, débordant de trois travers de doigt les côtes. Pas d'albumine.

La convalescence de l'enfant a été immédiate et la cicatrisation des ulcérations très rapide.

EXAMEN DES LABORATOIRES

A) *Recherches faites avec le liquide des vésicules non percées.* — Après nettoyage extérieur, attouchement à l'alcool, une vésicule est percée avec une pointe en verre effilée : son contenu est aspiré et le liquide étalé sur lames.

Pareille opération est faite en plusieurs endroits (peau et muqueuse). Après coloration au Gram, on constate la présence de très nombreux diplocoques encapsulés, gardant le colorant et tout à fait identiques au pneumocoque.

B) *Cultures.* — Des tubes de bouillon ascite ont étéensemencés avec le contenu pris dans différentes vésicules après asepsie rigoureuse ; deux tubes ont donné du pneumocoque contrôlé par inoculation à la souris ; un tube a donné du staphylocoque mêlé très probablement à du pneumocoque ; un tube n'a pas poussé.

L'hémoculture n'a pas été pratiquée, à cause de la défervescence qui s'était déjà produite.

OBSERVATION III

publiée à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon
(Séance du 7 avril 1914) par MM. WEILL, MOURIQUAND et A. DUFOURT.

Pneumococcie infantile avec méningite sans localisations pulmonaires

Il s'agit d'une méningite fruste, apparue au cours d'un état que l'on aurait volontiers étiqueté « grippal », chez une fillette de 7 ans, entrée le 1^{er} février 1914, dans le service du professeur Weill :

B... Françoise, 7 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Bronchite à 8 mois, rougeole à 3 ans. Depuis, bonne santé apparente. Début de l'affection actuelle le 30 janvier, c'est-à-dire l'avant-veille. Le soir, en rentrant de l'école, elle ressent de violents maux de tête. Les parents la couchent. Elle est agitée toute la nuit et délire un peu. Le lendemain, 31 janvier, elle vomit à deux reprises ; par moments l'enfant ne reconnaît pas ses parents. Elle frissonne. Depuis deux jours elle n'a pas été à la selle.

On l'amène à l'hôpital le 1^{er} février au soir.

L'enfant ne délire plus, mais elle est très abattue, a un peu de raideur de la nuque. Température, 39°.

Le lendemain, 2 février, on remarque un bouquet de vésicules d'herpès au-dessus de la commissure labiale droite. L'examen de ces vésicules y met en évidence quelques pneumocoques ; on porte alors le diagnostic de pneumococcie et l'on fait une culture du sang.

Les signes méningés sont frustes : l'enfant est tranquille, parle, n'a pas de délire. Aucun signe oculaire. Céphalée légère. Constipation persistante. Pas de vomissements.

Raideur peu marquée de la nuque et du tronc, sans Kernig ni Brudzinski. Pas de raie méningitique. Abattement général. Fièvre, 38°6. Ponction lombaire : liquide en jet, un peu trouble, mais sans purulence. On y décèle de la polynucléose. La recherche du pneumocoque est négative. On ensemence le liquide sur milieu au sang.

Le 3 février, la température décroît rapidement : 37°5 le matin, 37° le soir. Il y a eu depuis la veille une défervescence brusque comme dans une pneumonie. L'enfant va mieux.

La céphalée et la constipation persistent. La rate est perçue. Un vomissement. Etat nauséux.

Les jours suivants, disparition rapide des derniers symptômes. Sort guérie le 17 février.

L'origine pneumococcique de ces troubles a été prouvée d'une façon indéniable, par l'examen du contenu des vésicules d'herpès, les cultures du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Il s'agissait même d'un pneumocoque particulièrement virulent : quatre lapins inoculés avec des doses minimes de culture venant du liquide céphalo-rachidien succombèrent, après inoculation intra-trachéale, en 15 à 24 heures.

Les trois observations, répondant chacune à un type clinique différent d'herpès pneumococcique, ont été choisies comme spécimen pour la thèse que nous soutenons.

Mais nous aurions pu rapporter un assez grand nombre de cas analogues, puisés dans la collection d'observations du professeur Weill, à la Charité. La présence du pneumocoque dans les vésicules d'herpès survenant au cours des infections pneumococciques est un fait dorénavant prouvé.

**Observation recueillie
dans les Hôpitaux de Saint-Etienne et due
à l'obligeance de M. le Dr Nordman**

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer, dans le service de M. le Dr Nordman, un cas d'herpès survenu au cours de l'évolution de foyers de pneumonie devenus successivement bilatéraux. La marche de la maladie a d'ailleurs été très rapide et l'éruption herpétique, de même que les signes pulmonaires, ont très rapidement rétrocedé.

Voici, en résumé, l'histoire clinique du malade dont il s'agit :

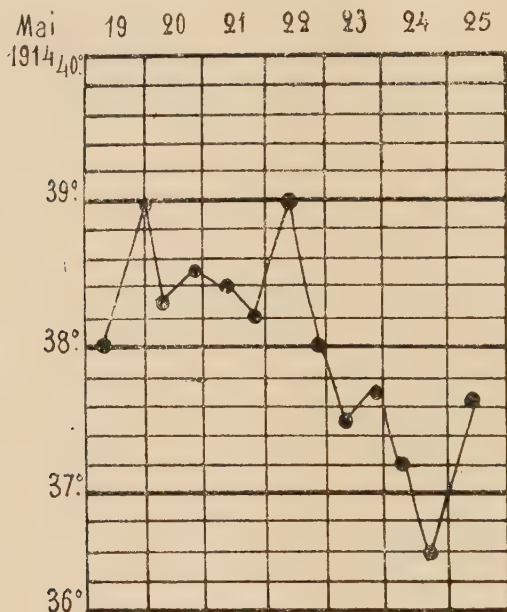
V... Jean, 60 ans, mineur, a déjà fait deux séjours dans le service de M. le docteur Nordman, pour de la bronchite avec emphysème. Il ne donne pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires. Personnellement, il tousse tous les hivers, depuis très longtemps.

Ethylisme modéré.

Le 18 mai 1914, il revient dans le service pour de l'oppression et de la toux, s'accompagnant de frissons et de points douloureux gênant la respiration, points que le malade localise dans l'aisselle gauche.

Le 20, l'état général est mauvais : dyspnée intense, la température est de 39°, le pouls rapide et le cœur un peu irrégulier.

L'auscultation révèle, à la base gauche, du souffle et un foyer de râles crépitants.



Le lendemain, 21 mai, on constate l'apparition d'une éruption herpétique sur les lobules du nez : deux groupes de trois ou quatre vésicules, à gauche, dont deux confluentes, deux autres groupes de deux ou trois, du côté droit, enfin, quelques-unes disséminées à la face interne de la lèvre inférieure.

Le 22, on trouve, à la base droite, les mêmes signes pulmonaires que du côté gauche.

Le 23, M. le docteur Nordman nous signale le malade : il ne reste plus que deux ou trois vésicules qui ne soient pas ouvertes et desséchées.

Après attouchement à l'alcool de l'une d'elles et piqûre avec une aiguille stérilisée, nous avons aspiré, à la pipette,

le peu de liquide qu'elle contenait et l'avons étalé sur lames.

L'examen microscopique, après coloration au Gram, nous a montré, au centre de la préparation, trois ou quatre diplocoques qui nous ont paru typiques.

Nous n'avons pas pratiqué d'hémoculture, la défervescence s'étant déjà produite.

En somme, petits foyers de pneumonie, mais bilatéraux, avec localisation cutanée du pneumocoque et guérison rapide.

CHAPITRE V

Discussion

Nous l'avons déjà dit, nombreuses sont les observations dans lesquelles on signale la présence d'une éruption herpétique, soit au cours d'une pneumonie lobaire aiguë, soit au cours d'une méningite à pneumocoques, soit même d'une stomatite ou d'une angine.

Mais nous n'avons rapporté ici que les observations d'herpès survenant dans l'évolution d'une pneumonie plus ou moins franche, ou d'une infection pneumococcique quelconque, où l'examen bactériologique du contenu des vésicules et les cultures sont venus affirmer catégoriquement l'origine pneumococcique de l'éruption cutanée ou muqueuse.

Tout d'abord, résumons en quelques lignes quelle est la distribution habituelle de l'éruption herpétique

dans les cas qui nous intéressent. Il s'agit toujours d'une dermatose assez localisée : les lèvres, les lobules du nez, les joues, face externe et face interne, la langue et les amygdales paraissent être les sièges de prédilection des vésicules ; le cou et les membres sont plus rarement atteints. Rappelons, en outre, le cas de Rochou où l'herpès siégeait sur le pourtour de l'orifice anal ; il peut siéger également sur le pourtour de la vulve, mais ces localisations sont certainement moins fréquentes. Le nombre des vésicules est quelquefois peu considérable.

On n'assiste donc pas, dans ces cas, à l'évolution d'un herpès généralisé fébrile, que le Dr J.-P. Henry Coutagne considéra dans sa thèse (Paris, 1871) « comme un pseudo exanthème ». L'éruption est souvent très discrète et demande même parfois à être recherchée minutieusement.

D'autre part, faut-il, dans ces cas, accorder à l'herpès une valeur pronostique et le considérer, avec Parrot, comme un indice de bénignité de la maladie qui est en cause ? Ce n'est pas l'opinion émise par M. le Dr Montagnon (*Province Médicale*, 19 mars 1887), quand il dit :

« 1° Contrairement à l'opinion généralement admise, l'apparition de l'herpès ne peut être regardée, *à priori*, comme un gage de bénignité de la maladie avec laquelle il coïncide ;

« 2° L'état général du malade n'est pas habituellement en rapport avec la bénignité et le peu d'intensité des manifestations cutanées. »

Les deux observations de Beyer que nous avons rapportées dans le chapitre II, et où la terminaison fut fatale, viennent bien confirmer cette opinion.

A notre sens, l'herpès ne constitue ni une manifestation favorable, comme on l'a prétendu autrefois, ni une manifestation défavorable. Sa présence ne semble pas modifier l'allure de la maladie.

Tout au plus, cependant, étant donné sa signification septicémique et son origine sanguine, pourrait-on peut-être redouter, dans les cas où il apparaît, d'autres localisations plus graves sur les viscères ou le système nerveux. Il est fréquent de voir les méningites à pneumocoques évoluer avec un herpès péri-buccal. Néanmoins, il ne nous a pas semblé qu'il faille tirer un pronostic plus sévère d'une infection pneumococcique au cours de laquelle on voit poindre quelques vésicules d'herpès.

Dans nos observations personnelles, quelques points méritent d'être mis en relief.

Dans l'observation I, l'atteinte du poumon fut légère : elle s'accompagna d'un herpès fébrile, avec chute de la température au troisième jour. Ce fut donc une pneumonie fruste, traduisant la localisation, sur le poumon, du pneumocoque au cours d'une pneumonie, comme l'herpès traduisit sa localisation cutanée et muqueuse. En effet, pourquoi les choses ne se passeraient-elles pas ainsi, puisque l'infection pneumococcique se propage par voie sanguine : le pneumocoque étant véhiculé à travers l'organisme par la circulation ? Cela explique que cet agent micro-

bien puisse aussi bien se fixer sur la peau et sur les muqueuses, qu'il se localise sur les poumons ou sur les méninges et qu'il donne lieu, de même, à une réaction plus ou moins intense, suivant le degré de l'infection de l'organisme et la virulence de l'agent pathogène.

Mais cette théorie change complètement les termes de la proposition de Fernet, pour qui la pneumonie est un herpès du poumon.

La pneumonie n'est pas un herpès du poumon, mais l'herpès doit être envisagé « *comme une pneumococcie de la peau* ».

De même, dans l'observation II, le pneumocoque doit être considéré comme l'agent pathogène de la stomatite.

En effet, on se rappelle que tout a concordé avec l'allure d'une pneumonie typique : l'affection s'est accompagnée de symptômes généraux très marqués et d'une réaction thermique, comparables en tous points à ceux d'une localisation sur le poumon du pneumocoque.

Donc, certaines angines et stomatites, dites herpétiques, doivent être considérées comme l'équivalent d'une pneumonie, quant à leur pathogénie : elles relèvent, en effet, d'une pneumococcie locale et le même agent infectieux les détermine.

Enfin, dans l'observation III, il s'agit d'une septicémie pneumococcique, avec méningite au début et manifestations herpétiques sans atteinte du poumon, bien que ce soit généralement sur cet organe

que se localise tout d'abord le pneumocoque : les signes de la pneumonie constituant, le plus souvent, la manifestation primordiale de la pneumococcie. Mais, dans ce cas, l'auscultation des poumons a toujours été absolument négative, et la radioscopie n'a révélé ni triangle, ni même l'ombre la plus légère.

Ainsi, les septicémies pneumococciques peuvent ne se traduire par aucun signe pulmonaire et, cependant, dans le cas cité plus haut, l'examen du contenu des vésicules d'herpès, la culture du sang et celle du liquide céphalo-rachidien ont montré, d'une façon indéniable, que c'était bien le pneumocoque qu'il fallait incriminer ; mais la méningite et l'herpès furent ses seules manifestations, et encore l'atteinte des méninges fut-elle plutôt légère.

Les découvertes si intéressantes, dues, tout d'abord, aux minutieuses recherches bactériologiques de Trevisanella, à celles plus récentes et conduites avec non moins de soins faites à la clinique de Médecine infantile par M. le professeur Weill et M. le docteur Dufourt, ont montré, d'une façon indiscutable, quel haut intérêt scientifique présentent ces examens de laboratoires et combien ils sont nécessaires. En effet, ils peuvent seuls révéler, d'une manière absolument certaine, en présence d'une infection quelconque de l'organisme, quel est le microbe pathogène qui est en cause. On leur doit d'avoir détaché du groupe si confus des éruptions herpétiques l'herpès pneumonique en lui donnant sa véritable signification, c'est-à-dire en le rattachant au groupe pathologique si important des pneumococcies.

On a signalé aussi, dans quelques observations, la présence d'une éruption herpétique au cours de méningites cérébro-spinales à méningocoques. Quelle est alors la signification de l'herpès ? Doit-il être considéré aussi comme la signature de l'agent pathogène, ou sa signification est-elle, au contraire, tout autre ? MM. Bériel et Durand ont trouvé le méningocoque dans les vésicules d'herpès d'une méningite épidémique.

Mais les cas restent encore assez rares et les recherches bactériologiques ne sont pas encore venues élucider suffisamment cette question qui reste très obscure et il n'entre pas dans le cadre de notre étude de le faire. Cependant, nous devons dire, en terminant, que l'herpès est beaucoup plus fréquent dans l'évolution des méningites à pneumocoques.

Ainsi, en résumé, *l'herpès, non seulement celui qui apparaît discrètement au cours d'une pneumonie, mais celui qui survient comme une manifestation isolée : stomatite ou angine herpétiques, ne doit plus être considéré, soit comme un épiphénomène à caractère critique, soit comme un symptôme banal, mais sa signification véritable est la suivante : il traduit la réaction des téguments et des muqueuses à l'invasion locale du pneumocoque.*

CONCLUSIONS

I. — L'herpès fébrile survenant au cours de la pneumonie ou d'une infection pneumococcique quelconque doit être considéré comme la localisation cutanée ou muqueuse de l'agent microbien, c'est-à-dire du pneumocoque de Talamon-Frankel.

II. — Il ne faut pas, avec Fernet, considérer la pneumonie comme un herpès du poumon. Il est plus exact de dire que l'herpès n'est « qu'une pneumococcie de la peau ».

III. — L'examen bactériologique du contenu des vésicules d'herpès et les cultures révèlent nettement, dans ces cas, la présence du pneumocoque et le décèlent même quand on ne le soupçonne pas comme l'agent causal de l'infection de l'organisme, d'où la nécessité de plus en plus absolue des examens de laboratoire pour éclairer un diagnostic qui ne pourrait pas être tranché autrement.

IV. — L'herpès fébrile constitue souvent la principale manifestation de la pneumococcie, les signes de la pneumonie étant à peine estompés ou faisant même complètement défaut. Il en est ainsi pour un certain nombre de septicémies pneumococciques, stomatites, angines, méningites, etc.

V. — L'infection de la peau et des muqueuses par le microbe pathogène se fait par voie sanguine : les pneumocoques étant charriés à travers l'organisme par le sang circulant.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu :

Le Président de la Thèse,

WEILL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 30 mai 1914.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.



BIBLIOGRAPHIE

MORTON. — *Traité des maladies inflammatoires*, 1694.

HARDY. — *Leçons cliniques sur les maladies de la peau*, 1862.

PARROT. — *Gazette hebdomadaire*, 1871.

DUFAUD. — *Angines couenneuses non diphthériques* (Paris, 1876).

GUBLER. — Mémoire sur l'herpès guttural (angine couenneuse commune) et sur l'ophtalmie due à l'herpès de la conjonctive. — *Société médicale des Hôpitaux*, 1857, et *Union médicale*, 1858.

LASÈGUE. — *Traité des angines*, 1880.

JACCOUD. — *Traité de pathologie interne*. — *Dictionnaire*.

NETTER. — Mémoire sur la contagion de la pneumonie. — *Archives générales de médecine*, 1888.

GAULTIER. — *La pneumococcie pharyngée* (Thèse de Paris, 1896).

ROCHOU. — *Journal de clinique et de thérapeutique infantile* (15 octobre 1896).

HILLOPEAU. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris* (15 février 1901).

- TALAMON. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris* (19 avril 1901).
- BEYER. — Sur deux cas de pneumonie compliquée d'herpès. — *Berliner klin Wochens*, 1909, n° 47, p. 2.100.
- TREVISANELLO. — Extrapulmonale entzündliche Lokalisierung des Fraënkelschen Diplococcus. — *Centralblatt für Bactériologie*, livre 60, page 69, 1911.
- WEILL ET A. DUFOURT. — Herpès pneumonique. — *Lyon Médical*, 1912, t. I, page 630.
- WEILL ET A. DUFOURT. — Stomatite herpétique due au pneumocoque. — *Lyon Médical*, 1913, t. II, page 968.
- WEILL, G. MOURIQUAND ET A. DUFOURT. — Pneumococcie infantile avec méningite, sans localisations pulmonaires. — *Lyon Médical*, 1914, page 888.
- GILBERT ET THOINOT. — *Maladies de la peau*, livre XIV, page 75.
- COUTAGNE. — *Herpès généralisé fébrile* (Thèse de Paris, 1871).
- MONTAGNON. — *Province médicale* (19 mars 1887).



